Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)

Joseba Achotegui
Universidad de Barcelona
Hospital de Sant Pere Claver, Barcelona

El presente artículo expone brevemente el concepto de síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises), descrito por el autor en 2002. En la primera parte del texto, se describen sus características particulares, que permiten distinguirlo de otros tipos de duelo. Seguidamente, se explica cómo el actual contexto migratorio propicia, a través de factores estresores, la aparición de este síndrome. El estudio termina con una serie de pautas para su diagnóstico y su abordaje, que debe primar el enfoque psicoeducativo y de contención emocional.

1. La migración como factor de riesgo en salud mental

La migración, como la mayoría de los acontecimientos de la vida *(life events),* posee, junto a una serie de ventajas, de beneficios (como el acceso a nuevas oportunidades vitales y horizontes), un conjunto de dificultades de tensiones, de situaciones de esfuerzo. La migración tendría una parte problemática, un lado oscuro, al que se denomina estrés o duelo migratorio. Desde esta perspectiva, es importante reseñar que no es adecuado plantear la ecuación migración = duelo migratorio, ya que supondría negar la existencia de toda una serie de aspectos positivos en la migración, la existencia de beneficios. La migración es muchas veces más una solución que un problema. Pero es una solución que encierra, a su vez, su parte de problema. Sin embargo, tal como señalaremos, el duelo migratorio es un duelo complejo y, en bastantes momentos, difícil, sobre todo si las circunstancias personales o sociales del inmigrante son problemáticas hasta el punto que pueden llegar a desestructurar al sujeto.

Hacemos referencia al duelo migratorio, pero se ha de señalar que los seres humanos poseemos capacidades para emigrar y elaborar ese duelo. Descendemos de seres que han emigrado con éxito muchas veces a lo largo del proceso evolutivo y, desde esta perspectiva, se considera que la migración no es, en sí misma, una causa de trastorno mental, sino un factor de riesgo tan sólo si se dan las siguientes situaciones:

- Si existe vulnerabilidad: el inmigrante no está sano o padece discapacidades.
- Si el nivel de estresores es muy alto: el medio de acogida es hostil.
- Si se dan ambas condiciones.

Es decir, la migración constituye un factor de riesgo si el inmigrante es lábil, el medio es muy hostil o, si se dan las dos cosas a la vez; entonces las cosas se pondrán muy difíciles para el inmigrante. Si alguien va cojeando y cada vez le ponen el listón más alto..., batacazo seguro.

2. Características del estrés y el duelo migratorio

El estrés y el duelo migratorio poseen características específicas que lo diferencian de otros duelos, fundamentalmente la muerte de un ser querido, y que vamos a analizar a continuación teniendo como referente la perspectiva de sus repercusiones en la exclusión social.

Cuadro 1. Características específicas del estrés y el duelo migratorio

• Es un duelo parcial.
• Es un duelo recurrente.
• Es un duelo vinculado a aspectos infantiles muy arraigados.
• Es un duelo múltiple (los siete duelos de la migración).
• Da lugar a cambios en la identidad.
• Da lugar a una regresión.
• Tiene lugar en una serie de fases.
• Supone la puesta en marcha de mecanismos de defensa y de errores cognitivos en el procesamiento de la información.
• Se acompaña de sentimientos de ambivalencia.
• El duelo migratorio lo viven también los autóctonos y los que se quedan en el país de origen.
• El regreso del inmigrante es una nueva migración.
• El duelo migratorio es transgeneracional.

Fuente: Achotegui, 2002.

2.1. El duelo migratorio es un duelo parcial

Hay un hecho clave que diferencia el duelo migratorio del duelo por la pérdida de un ser querido, el referente clásico de concepto de duelo: en el caso de la migración, el objeto –el país de origen y todo lo que representa– no desaparece, no se pierde propiamente para el sujeto, pues permanece donde estaba y cabe la posibilidad de contactar con él. Es más, cabe la posibilidad de regresar un día, definitivamente, al lugar del origen.

2.2. Es un duelo recurrente

En el caso de la migración, el ir y venir emocional en relación al país de origen da lugar a que los procesos de elaboración de la separación funcionen de modo recurrente. Así, es muy frecuente encontrarnos con que un viaje al país de origen, una llamada de teléfono o la información que le llega al inmigrante le reaviven los vínculos con el país de procedencia. Y escribimos 'reavivar', porque esos vínculos siguen activos durante toda la vida del sujeto, a veces de modo más consciente, a veces de modo más inconsciente.

2.3. Es un duelo vinculado a aspectos infantiles muy arraigados

Como es sabido, la primera infancia constituye, para los seres humanos, una edad sensible, en la que se estructuran toda una serie de vínculos con las personas próximas, la lengua, el paisaje o la cultura. A diferencia de la edad adulta, en la infancia no sólo se viven los acontecimientos en los que la persona se halla inmersa, sino que esos mismos acontecimientos condicionan la forma como se construye la personalidad, forman parte, por así decirlo, de los materiales con los que se construye el edificio de la personalidad. La infancia nos moldea. En la edad adulta, la estructura de la personalidad se halla ya formada, y los acontecimientos que se van viviendo actúan sobre algo ya construido, que tan sólo puede ser modificado en parte. De ahí que, cuando la persona emigra, ya está condicionada por lo que ha vivido en la infancia y, lógicamente, tendrá dificultades para adaptarse plenamente a la nueva situación. Como escribía Horacio, "los que atraviesan los mares cambian de cielos, mas no de preocupaciones". También Séneca, en las *Cartas a Lucilio,* escribía "el viaje en sí mismo no soluciona nuestros problemas, porque viajas en compañía de ti mismo".

2.4. El duelo migratorio es un duelo múltiple

Recapitulando lo visto hasta ahora en este apartado, señalaremos que nos hemos referido a que el duelo migratorio es un duelo parcial, lo cual podría dar a entender erróneamente que es menos importante o intenso que el duelo total por la pérdida de un ser querido. Sin embargo, hemos visto que el duelo migratorio, por ser parcial, es, a su vez, recurrente y continúa activo durante la vida del sujeto. También hemos visto que el duelo migratorio se halla íntimamente ligado a vivencias infantiles, por lo que también se halla vinculado a aspectos psicológicos difíciles de elaborar. Pero veremos a continuación que, además de todo lo señalado, el duelo migratorio es un duelo por muchas cosas. Es un duelo múltiple. Posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración. Todo lo que hay alrededor de la persona cambia, tanto más, cuanto más lejana y distante culturalmente sea la migración.

Tal como señalamos en un texto anterior (Achotegui, 1999), consideramos que, como mínimo, hay, siete duelos en la migración:

- La familia y los amigos.
- La lengua.
- La cultura: costumbres, religión, valores.
- La tierra: paisaje, colores, olores, luminosidad...

- El estatus social: papeles, trabajo, vivienda, posibilidades de ascenso social.
- El contacto con el grupo étnico: prejuicios, xenofobia, racismo.
- Los riesgos para la integridad física: viajes peligrosos, riesgo de expulsión, indefensión.

Estos siete duelos se explicarán con más detalle más adelante.

2.5. El duelo migratorio afecta a la identidad

Como no podía ser de otra manera, la multiplicidad de aspectos que conlleva la elaboración del duelo migratorio (familia, lengua, cultura o estatus, entre otros) da lugar a profundos cambios en la personalidad del inmigrante, hasta tal punto que modifican su propia identidad. Es decir, para bien o para mal, la migración cambia al sujeto. Si va bien, favorecerá que surja una persona madura, 'de mundo'. Si va mal, desestructurará al sujeto en el plano psicosocial y psicológico.

Entendemos por identidad "el conjunto de las autorrepresentaciones que permiten que el sujeto se sienta, por un lado, como semejante y perteneciente a determinadas comunidades que comparten ciertos valores o ideas y, por otro lado, diferente y no perteneciente a otras" (Achotegui, 2002). Hacer referencia a la identidad de una persona es hacer referencia a un juego de semejanzas y diferencias; podríamos decir que a un juego de espejos.

2.6. El duelo migratorio conlleva una regresión psicológica

Al tener que afrontar tantos cambios a la vez, el inmigrante tiende con frecuencia a sentirse abrumado e inseguro, y a adoptar actitudes regresivas. Desde una perspectiva psicológica, el concepto de regresión se entiende como el retroceso de la persona hacia actitudes más infantiles, menos autónomas... Las tres expresiones más básicas de esta regresión infantil en la migración, serían:

- Las conductas de dependencia: el inmigrante tiende a comportarse a veces de modo sumiso ante las figuras de autoridad; actúa como el niño ante las figuras paternas.
- La queja infantil, la 'pataleta': otra actitud típicamente regresiva ante la frustración y el dolor es la protesta, la 'pataleta'.
- La sobrevaloración de los líderes. Como señala la psicología social, cuando hay una situación de peligro, los seres humanos tendemos a actuar con una tendencia a la jerarquización.

2.7. La elaboración del duelo migratorio tiene lugar en una serie de etapas

Selye (1954) clasifica en tres las etapas de respuesta fisiológica al estrés: I) alarma, en la que el organismo reacciona con gran intensidad ante el estímulo estresor; II) resistencia, en la que se ponen en marcha respuestas más organizadas y sostenidas; y III) agotamiento ligado a la enfermedad. Posteriormente, J. Bowlby (1985), desde la perspectiva de la elaboración psicológica de los procesos de duelo, hace referencia a cuatro etapas, que aplicadas a la migración, consideramos que se expresarían de la siguiente manera:

I) Negación: no se puede aceptar la realidad del cambio, y el individuo no la quiere ver.

II) Resistencia: hay protesta y queja ante el esfuerzo que supone la adaptación. Ante las dificultades y los retos a los que se enfrenta el inmigrante, surge la queja, tal como señalábamos en el apartado anterior.

III) Aceptación: la persona se instala ya a fondo en la nueva situación (en el caso de la migración, en el país de acogida).

IV) Restitución: es la reconciliación afectiva con lo que se ha dejado atrás y con la nueva situación (en el caso de la migración, con el país de origen y el país de acogida). Se acepta lo bueno y lo menos bueno o malo, tanto del país de origen como del país de acogida.

2.8. La elaboración del duelo migratorio utiliza una serie de defensas psicológicas y errores en el procesamiento de la información

Los mecanismos de defensa, en cuanto que mecanismos psicológicos de manejo de las emociones y los conflictos psicológicos, están obviamente presentes en la elaboración del duelo migratorio. Los mecanismos de defensa no son inadecuados en sí mismos, sino sólo cuando son masivos, porque distorsionan radicalmente la visión de la realidad para hacerla menos frustrante, más gratificante, y de ese modo, nos impiden la adaptación, que es el objetivo evolutivo del funcionamiento mental.

En cuanto a los errores en el procesamiento de la información, siguiendo los ya clásicos planteamientos de Beck (1983), que consideramos adaptables al estrés migratorio, señalaríamos dos planos:

- Por un lado, en relación al estímulo, la abstracción selectiva, que consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto.

- Y desde la perspectiva de respuesta, Beck señala varios mecanismos:
  - La inferencia arbitraria: la generalización excesiva cuando se elabora una regla general, o una conclusión, a partir de uno o varios hechos aislados.
  - La maximización y minimización: se distorsiona la realidad modificando la magnitud de los acontecimientos.
  - La personalización: tendencia a atribuirse fenómenos externos injustificadamente.
  - El pensamiento absolutista o dicotómico: tendencia a clasificar todas las experiencias siguiendo categorías extremas.

2.9. La ambivalencia hacia el país de origen y el país de acogida

El inmigrante siente, a la vez, amor hacia su país de origen, por los vínculos que estableció allá, pero también tiene sentimientos de rabia, porque tuvo que marchar de su tierra, porque fue una mala madre que no le dio todo lo que necesitaba. Estas situaciones favorecen la rabia y, de este modo, se mezclan las emociones de amor y de odio hacia su país de origen. Por otro lado, tiene sentimientos amorosos hacia el país de acogida, por los vínculos que ha establecido, pero también tiene rabia, por el esfuerzo que le supone la adaptación, por lo que también hay ambivalencia hacia el país de acogida.

2.10. El duelo migratorio afecta también a los autóctonos y a los que se quedan en el país de origen

La migración es un proceso que da lugar a cambios en la vida no sólo de quienes emigran, sino también de quienes reciben a los inmigrantes y de los familiares que se quedan en el país de origen. Es como mover una pieza en un tablero de ajedrez: todas las demás piezas quedan afectadas, la partida ha cambiado. La migración es un hecho social y, como todo hecho social, tiene repercusiones sobre el conjunto de la sociedad.

2.11. El regreso del inmigrante es una nueva migración

El regreso del inmigrante es, a su vez, una nueva migración. En el tiempo en que ha vivido fuera del país de origen, se han producido muchos cambios, tanto en la personalidad del inmigrante como en la sociedad de la que un día partió. Al regresar al país de origen, llega una persona muy diferente de la que un día marchó y llega a un país que también es diferente. Es la vieja idea de Heráclito de que nadie se baña dos veces en el mismo río, pues todo fluye *(panta rei)*.

2.12. El duelo migratorio es transgeneracional

La elaboración de esta larga lista de vivencias que hemos descrito en los apartados anteriores lógicamente no se agota en la persona del inmigrante, sino que continúa también en sus hijos y podría continuar en las siguientes generaciones si los inmigrantes no llegan a ser ciudadanos de pleno derecho en la sociedad de acogida. Quizás el ejemplo más claro de esta situación sea el caso de los negros de Norteamérica. De 100 millones que fueron trasladados como esclavos, 60 murieron en los viajes o víctimas de la explotación. Los que quedaron llevan decenas de generaciones ya en Estados Unidos y continúan, en parte, sin estar integrados en la sociedad norteamericana.

3. Viejas y nuevas migraciones. Emigrar hoy. Estresores de la migración actual que favorecen la exclusión social

Aunque la migración es un fenómeno tan viejo como la evolución o la humanidad, cada migración posee características específicas, y en los últimos años, ha sido claramente perceptible un nuevo cambio en las circunstancias, en el contexto de la migración. Unas migraciones que están llegando en el siglo XXI en condiciones especialmente difíciles, tal como veremos al hacer referencia específicamente al síndrome de Ulises.

Basándonos en las investigaciones que efectuamos en la Fundación Vidal i Barraquer bajo la dirección de Jordi Font y Jorge Tizón en los años ochenta, hemos podido comparar ahora en el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPIR) esos datos con los de las migraciones actuales. Y sabemos que la comparación es la madre de la ciencia. Y precisamente de esta comparación entre aquellas investigaciones y las actuales ha surgido la idea del síndrome de Ulises, al percibir claramente en los últimos años un gran empeoramiento de los estresores que afectan a esta población. Emigrar nunca ha sido fácil, pero no es lo mismo emigrar como se hacía antes en condiciones difíciles, que marchar a otro país hoy en condiciones extremas. Así, si comparamos la foto de un grupo de emigrantes españoles de los sesenta despidiéndose de sus familiares en un barco para ir a América, y les observamos en la fotografía cantando, emocionados ante las expectativas y oportunidades de su nueva vida, con una foto de los nuevos inmigrantes llegando en una patera, exhaustos, perseguidos, a las costas españolas, está todo dicho: no es lo mismo emigrar en barco, que emigrar en patera, no es lo mismo emigrar en condiciones difíciles que emigrar en condiciones extremas. Evidentemente, ni todo el mundo emigraba antes en barco, ni todo el mundo llega ahora en patera, pero el barco ha sido siempre una imagen prototípica de la

migración y, además, la patera es el único momento en el que está migración actual es visible: luego estas personas son ya invisibles, son 'los nadie'.

Los tiempos cambian. Las migraciones de los años sesenta son las de otra época de nuestra historia, la España del franquismo y el subdesarrollo. España era también un país aislado, apenas había extranjeros. La única expresión transcultural en aquella época era el Domund, Domingo Mundial para las Misiones. Como no había extranjeros ni minorías, los niños se disfrazaban de asiáticos, de africanos, de nativoamericanos (desde la Edad Media en España, no había entrado nadie; ahora, eso sí, se expulsaron judíos, árabes...). Más de 6 millones de españoles emigraron en el siglo XX, el 80% a América. Pero, en este punto, no se ha de olvidar que no sólo España ha sido un país de emigrantes, toda Europa ha sido un continente de emigrantes. Se calcula que, entre el siglo XVIII y XIX, 70 millones de Europeos marcharon a América.

Entre los años sesenta y la etapa actual, España ha cambiado profundamente. La tasa de reproducción es de 1,3 hijos por mujer. cuando se requieren un mínimo de 2,1 tan sólo para mantener el nivel de población, para no perder población. En Barcelona, por cada joven, hay dos ancianos; hace 40 años, era a la inversa: había un anciano por cada dos jóvenes. En medio de esta caída demográfica, Europa tiene el riesgo de convertirse en un asilo, un geriátrico. Por ello, se necesitan, sólo en España, al menos medio millón de inmigrantes al año.

Desde la perspectiva de la etapa actual, hemos de señalar que, desde hace apenas unos años, nos encontramos ante una nueva era de las migraciones humanas: la era de los muros, las empalizadas, las fosas, las murallas..., y todo parece indicar que esta situación no es coyuntural, sino estructural en relación al modelo social dominante, el cambio climático... Hay muros para detener las migraciones no sólo en Ceuta y Melilla, o entre EEUU y México, que son los más conocidos, sino entre Malasia y Tailandia, Botswana y Zimbaue, entre Bangladesh y la India, donde se han comenzado a construir 4.000 kilómetros de muro... En el tiempo en el que corregíamos este texto, ya nos ha llegado la noticia de un nuevo muro entre Arabia Saudí y Yemen.

Las previsiones de la ONU son que el número de emigrantes, que ahora es de 200 millones de personas, se duplique en los próximos 20 años, hasta constituir lo que se denomina 'el sexto continente', el 'continente móvil', lo cual, con las fronteras de los países desarrollados prácticamente cerradas como las de una fortaleza, no presagia nada bueno. Esta situación no es coyuntural, es estructural, ha venido para quedarse durante tiempo. Pero allá donde hay más inmigrantes y desplazados no es en Europa o EEUU, sino en el interior de África, de América, de Asia, y aun en peores condiciones que aquí (más indefensión, menos servicios de atención).

4. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)

> "y Ulises pasábase los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente..." (*Odisea,* canto V, 150)

> " me preguntas Cíclope cómo me llamo... voy a decírtelo. Mi nombre es nadie y nadie me llaman todos..." (*Odisea,* canto IX, 360)

Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que implica unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas sufren el riesgo de padecer el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, o síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). Sin embargo, paradójicamente, hoy sabemos que la capacidad de emigrar constituye uno de los rasgos distintivos de nuestra especie y se halla en la base de nuestro gran éxito evolutivo (Science, 2003). Ante esa situación, obviamente la pregunta es: siendo los humanos tan buenos emigrantes, ¿cómo puede ser que emigrar hoy resulte tan terrible para tanta gente, hasta el punto que les afecte en su salud mental? La realidad a la que nos enfrentamos es que nunca, en nuestro trabajo en la atención en salud mental a los inmigrantes desde los años ochenta, habíamos presenciado situaciones tan dramáticas como las actuales. Y sin embargo, consideramos que existe una gran deshumanización al abordar las migraciones de hoy, ya que se presta muy poca atención a los sentimientos, a las vivencias de los protagonistas de la migración: los inmigrantes.

Ya hemos señalado que, desde la perspectiva psicológica, se considera que la migración es un acontecimiento de la vida que, como todo cambio, supone una parte de estrés, de tensión, a la que se denomina duelo migratorio. Tal como planteamos (Achotegui, 2002) consideramos que existirían siete duelos en la migración en relación a: la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y los riesgos físicos. Estos duelos se darían, en mayor o menor grado en todos los procesos migratorios, pero consideramos que no es lo mismo vivir la migración en buenas condiciones (duelo simple), que emigrar en situaciones límite (duelo extremo) cuando las condiciones son tan difíciles que no hay posibilidades de elaboración del duelo y la persona entra en una situación de crisis permanente, siendo este tipo de duelo migratorio el característico del síndrome de Ulises.

4.1. Estresores del síndrome de Ulises

Los estresores más importantes son: la separación forzada de los seres queridos, que supone una ruptura del instinto del apego; el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades; la lucha por la supervivencia (dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir); y el miedo, el terror que viven en los viajes migratorios (pateras, ir escondidos en camiones), las amenazas de las mafias, de la detención y la expulsión, o la indefensión por carecer de derechos.

Pero además, estos estresores de tanta relevancia y que van más allá del clásico estrés aculturativo, se hallan incrementados por toda una serie de factores que los potencian, tales como: la multiplicidad (a más estresores, mayor riesgo; los estresores se potencian entre ellos); la cronicidad, ya que estas situaciones límite pueden afectar al inmigrante durante meses o incluso años; el sentimiento de que el individuo, haga lo que haga, no puede modificar su situación (indefensión aprendida [Seligman, 1975], ausencia de autoeficacia [Bandura, 1984]); y los fuertes déficits en sus redes de apoyo social (el capital social de Coleman [1984]). Por si tantos problemas no fueran suficientes, consideramos que, lamentablemente, con frecuencia, el sistema sanitario y asistencial no atiende adecuadamente este síndrome:

- Porque hay profesionales que banalizan esta problemática (por desconocimiento, por insensibilidad, incluso por racismo).

- O porque no se diagnostica adecuadamente este cuadro como un cuadro reactivo de estrés, y se trata a estos inmigrantes como enfermos depresivos, psicóticos, somáticos..., de forma que el sistema sanitario actúa como un nuevo estresor para los inmigrantes.

4.2. Sintomatología

Como es obvio, la vivencia tan prolongada de situaciones de estrés tan intensas afecta profundamente a la personalidad del sujeto y a su homeostasis, al eje hipotálamo-hipófisis-médula suprarrenal, al sistema hormonal o al muscular, entre otros. Ello da lugar a una amplia sintomatología: del área depresiva (fundamentalmente, tristeza y llanto), de la de la ansiedad (tensión, insomnio, pensamientos recurrentes e intrusivos, irritabilidad), de la de somatización (fatiga, molestias osteoarticulares, cefalea, migraña –es tan frecuente que, para abreviar, la denominamos 'in-migraña')–, del área confusional (que se puede relacionar con el incremento del cortisol y pueden ser erróneamente diagnosticada como trastornos psicóticos). Y a esta sintomatología se le añade, en bastantes casos, una interpretación de su cuadro basada en la propia cultura del sujeto. Así, es frecuente oír decir: "no puede ser que tenga tan mala suerte", "a mí me han tenido que echar el mal de ojo", "me han hecho brujería...".

4.3. Diagnóstico diferencial: el síndrome de Ulises no es una enfermedad, se ubica en el ámbito de la salud mental, que es más amplio que el ámbito de la psicopatología

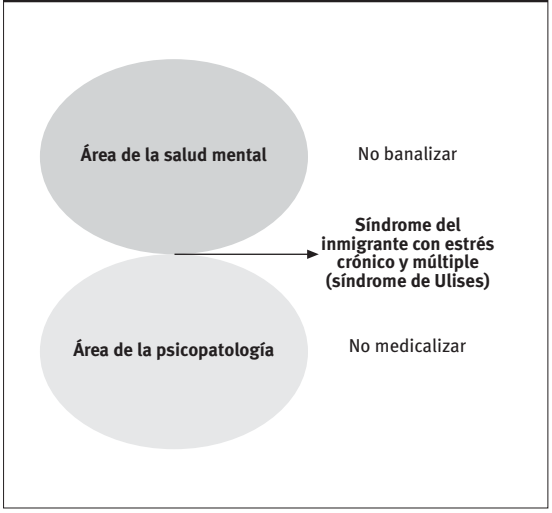
El síndrome de Ulises es un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas. Consideramos que plantear la denominación 'síndrome de Ulises' contribuye a evitar que estos inmigrantes, por no existir un concepto para su problemática, sean víctimas:

- De la desvalorización de sus padecimientos, que se les diga que no tienen nada, a pesar de padecer a veces hasta diez síntomas.

- De que sean incorrectamente diagnosticados como enfermos depresivos (a pesar de que, además de no tener apatía, son proactivos; no sólo no tienen ideas de muerte, sino que están llenos de proyectos e ilusiones), como trastornos adaptativos (a pesar de que su reacción es totalmente proporcional a unos estresores de pesadilla que padecen), o como trastorno por estrés postraumático (a pesar de no tener conductas de evitación, ni pensamientos intrusivos en relación a situaciones traumáticas).

Consideramos que, tal como señala el Gráfico 1, es muy importante ante esta problemática –que se halla en el límite entre el área de la salud mental y el área de la psicopatología–, por un lado, no banalizar

Gráfico 1. Recomendaciones para la correcta atención sociosanitaria al síndrome de Ulises


Área de la salud mental
No banalizar
Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)
Área de la psicopatología
No medicalizar

Fuente: Elaboración propia.

este cuadro, considerando que no les pasa nada (la peligrosa banalización del mal que señalaba Hanna Arendt), y, por otro lado, no medicalizarlo considerando que estos inmigrantes padecen una enfermedad mental.

Metafóricamente, el síndrome de Ulises es como si en una habitación se subiera la temperatura hasta los 100 grados. Tendríamos mareos, calambres... ¿Estaríamos enfermos por tener estos síntomas? Decididamente, no. Cuando saliéramos al aire libre, estos síntomas desaparecerían, porque se simplemente se corresponderían con un intento de adaptación fisiológica a esa elevada temperatura ante la que no funciona nuestra termorregulación. Pero si alguien en la sala tuviera un infarto, un cólico, ese sí que estaría enfermo (lógicamente, en esta metáfora se trataría de una depresión, una psicosis).

Es decir, el síndrome de Ulises se halla inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento, y la intervención deberá ser fundamentalmente de tipo psicoeducativo y de contención emocional, por lo que el trabajo sobre el síndrome atañe no sólo a psicólogos médicos o psiquiatras, sino a trabajadores sociales, enfermeros, educadores sociales y otros profesionales asistenciales.

Malos tiempos aquellos en los que la gente corriente ha de comportarse como héroes para sobrevivir. Ulises era un semidiós, que, sin embargo, a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que se vio sometido, pero las gentes que llegan hoy a nuestras fronteras tan sólo son personas de carne y hueso, que, sin embargo, viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en *La Odisea*. Soledad, miedo, desesperanza... las migraciones del nuevo milenio que comienza nos recuerdan cada vez más los viejos textos de Homero. Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad, ni autoestima, ni integración social y así tampoco puede haber salud mental.

Bibliografía

ACHOTEGUI, J.; *et al.* (2005): "Study of 30 cases of inmigrantes with the immigrant syndrome with chronic and multiple stress (the Ulysses syndrome)". Comunicación presentada en el XVIII World Congress of Psychiatry, El Cairo.

ACHOTEGUI, J. (2004): "Emigrar en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)", *Revista Norte de Salud Mental,* vol. V, nº 21, pág. 39-53.

— (comp.) [2004]: dosier del diálogo sobre el síndrome de Ulises, presentado en el congreso mundial "Movimientos humanos y migración", del Foro Mundial de las Culturas, Barcelona.

— (comp.) [2003]: dosier de la reunión internacional sobre el síndrome de Ulises celebrada en el Parlamento Europeo, en Bruselas, el 5-XI-2003.

— (2002): "Trastornos afectivos en los inmigrantes: la influencia de los factores culturales", *Jano,* suplemento Temas Candentes.

— (2002): *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural,* Barcelona, Editorial Mayo.

— (1999): "Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial", en PERDIGUERO, E.; y COMELLES, J. M. (comp.) *Medicina y cultura,* Barcelona, Bellaterra, págs. 88-100.

AGUILAR, J. (2003): comunicación personal en el transcurso de una sesión clínica celebrada en el Hospital de Sant Pere Claver, Barcelona.

APARICIO, R. (2002): "La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Las novedades de las actuales migraciones", en GARCÍA CASTAÑO, F. J.; y MURIEL, C. (eds.), *La inmigración en España: contextos y alternativas,* Granada, Laboratorio de Estudios Interculturales, vol. II.

ARANGO, J. (2002): "La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Un intento de caracterización", en GARCÍA CASTAÑO, F. J.; y MURIEL, C. (eds.), *La inmigración en España: contextos y alternativas,* Granada, Laboratorio de Estudios Interculturales, vol. II.

BEISER, M. (1996): "Adjustment disorder in DSM-IV: Cultural considerations", en MEZZICH, A.; y KLEIMMAN, J., *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM_IV Perspective,* Washington, American Psychiatric Press.

BENEGADI, R. (2005): "Medical Anthropology and Migration". Comunicación presentada en el XVIII World Congress of Psychiatry, El Cairo.

BILBENY, N. (2002): *Per una ética intercultural,* Barcelona, Editorial Mediterránea.

BON, D. (1998): *L'animisme,* París, Éditions de Vechi.

CALVO, F. (1970): *Qué es ser inmigrante,* Barcelona, Laia.

CEBRIÁN J. A.; BODEGA, M. I.; y LÓPEZ-SALA, A. M. (2000): "Migraciones internacionales: conceptos, modelos y políticas estatales", *Migraciones,* nº 7, págs. 137-153.

DOMIC, Z. (2004): "Emigrar y enfermar: el síndrome de Ulises". Ponencia presentada en el congreso mundial "Movimientos humanos y migración", del Foro Mundial de las Culturas, Barcelona.

D'ARDENNE, P.; y MAHTANI, A. (1999): *Transcultural Counseling in Action,* Londres, Sage.

DEVEREUX, G. (1951): *Psychotérapie d'un indien des plaines,* París, Fayard.

ELIADE, M. (1977): *Ocultismo, brujería y modas culturales,* Buenos Aires, Paidós.

— (1972): *El mito del eterno retorno,* Madrid, Alianza Editorial.

FANNON, F. (1970): *¡Escucha, blanco!,* Barcelona, Nova Terra.

FERNANDO, S. (ed.) [1995]: *Mental Health in a Multi-ethnic Society,* Londres; Nueva York, Routledge.

FOUCAULT, M. (1973): *El poder psiquiátrico,* Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

FREUD, S. (1930): *El malestar en la cultura,* Madrid, Alianza Editorial.

— (1912): *Tótem y tabú,* Madrid, Alianza Editorial.

GAILLY, A. (1991): "Symbolique de la plainte en le culture", *Le Cahiers du GERM,* II, nº 17, págs. 4-19.

GÓMEZ MANGO (2003): comunicación personal en el transcurso del Colloque Internacional, París.

GONZÁLEZ DE LA RIVERA, J. L. (2005): "Migración, cultura, globalización y salud mental". Conferencia de clausura de las II Jornadas de Salud Mental y Medio Ambiente, Lanzarote.

GRINBERG, L.; y GRINBERG, R. (1994): *Psicoanálisis de la migración y el exilio,* Madrid, Alianza Editorial.

GUERRAOUI, Z.; y TROADEC, B. (2000): *Psychologie interculturelle,* París, Armand Colin.

HOFSTEDE, G. (1999): *Culturas y organizaciones,* Madrid, Alianza Editorial.

KAREEN J.; LITTLEWOOD, R. (1992): *Intercultural Therapy,* Oxford, Blackell Science.

KLEIN. M. (1957): *Envidia y gratitud,* Barcelona, Paidós.

JENKINS, R.; y ÜSTÜN, B. (1998): *Preventing Mental Illness,* Nueva York, Wiley.

MILNE, D. (1999): *Social Therapy,* Nueva York, Willey.

NATHAN, T. (1999): *Médecins et sorciers,* París, Les Empêcheurs de Penser en Rond.

LAZARUS, R. (2000): *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud,* Bilbao, Desclée de Bouvier.

LÓPEZ-CABANAS, M.; y CHACÓN, F. (1999): *Intervención psicosocial y servicios sociales,* Madrid, Síntesis.

LUONG Cân Liêm (2004): *De la psychologie asiatique,* París, L'Harmattan.

ORTIGUES, M. C.; y ORTIGUES, E. (1974): *Edipo africano,* París, Ediciones Noé.

PÁEZ, D.; CASULLO, M. (comp.) [2000]: *Cultura y alexitimia,* Barcelona, Paidós.

PARDELLAS, J. M. (2004): *Héroes de ébano,* Santa Cruz de Tenerife, Idea.

PHILLIPS, K.; *et. al.* (2004): *Avances en el DSM,* Barcelona, Masson.

ROHEIM, G. (1982): *Magia y esquizofrenia,* Buenos Aires, Paidós.

SENDI, C. (2001): *Estrés, memoria y trastornos asociados,* Madrid, Ariel.

SOW, I. (1978): *La folie en Afrique Noire,* París, Payot.

TIZÓN, J.; *et al.* (1993): *Migraciones y salud mental,* Barcelona, PPU.

ZANDEN, J. W. (1994): *Manual de psicología social,* Barcelona, Paidós.

VÁZQUEZ VILLEGAS, J. (2005): "Estudio de la salud mental de una población en un área de atención primaria en Almería". Ponencia presentada en el VIII Congreso de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, Almería.